



Questo non è il modulo CID ufficiale (protetto da copyright, Insurance Europe). Quello lo ricevi gratuitamente dalla tua assicurazione. Questo modulo raccoglie gli stessi dati e ti aiuta a non dimenticare nulla sul posto.

### Tutti i dati che la tua assicurazione richiede dopo un incidente

I due conducenti compilano insieme UN solo modulo, firmano entrambi e ciascuno tiene una copia. Stampalo in due copie.

#### 1. Incidente

|                                                                |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Data                                                           | Ora                                                                       |
| Luogo / via                                                    | Paese                                                                     |
| Feriti <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no | Polizia sul posto <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Comando / numero verbale                                       | Danni ad altri beni (quali?)                                              |

#### 2. Testimoni

|      |           |          |
|------|-----------|----------|
| Nome | Indirizzo | Telefono |
| Nome | Indirizzo | Telefono |

#### 3. Parti coinvolte

##### Veicolo A

**PROPRIETARIO**  
Cognome, nome

Indirizzo

Telefono

E-mail

**VEICOLO**  
Marca, modello

Targa

Paese di immatricolazione

Rimorchio (targa, se presente)

**ASSICURAZIONE**  
Compagnia

Numero di polizza

Numero carta verde

Valida fino al

**CONDUCENTE**  
Cognome, nome

Data di nascita

Numero patente

Categoria / scadenza

##### Veicolo B

Cognome, nome

Indirizzo

Telefono

E-mail

Marca, modello

Targa

Paese di immatricolazione

Rimorchio (targa, se presente)

Compagnia

Numero di polizza

Numero carta verde

Valida fino al

Cognome, nome

Data di nascita

Numero patente

Categoria / scadenza

4. Primo punto d'urto

Disegna una freccia: dove si sono toccati per primi i veicoli?

Veicolo A

Veicolo B

5. Danni visibili

Veicolo A

Veicolo B

6. Dinamica

Barra solo ciò che è realmente accaduto. Conta le crocette per colonna e scrivi il totale in basso.

| A                                                                              | B                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> era in sosta o fermo                                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio o da un accesso privato       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio o in un accesso privato      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> entrava in una rotatoria                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> circolava in una rotatoria                            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> tamponava, stessa direzione, stessa corsia            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> procedeva nella stessa direzione su altra corsia      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> cambiava corsia                                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sorpassava                                            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> svoltava a destra                                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> svoltava a sinistra                                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> faceva retromarcia                                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> invadeva la corsia opposta                            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> proveniva da destra (incrocio)                        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> non ha rispettato un segnale di precedenza o il rosso | <input type="checkbox"/> |
| = <input type="text"/>                                                         | <input type="text"/>     |

7. Schizzo

Andamento della strada, direzioni di marcia, posizione all'urto, segnaletica, nomi delle vie

8. Osservazioni

Veicolo A

Veicolo B

9. Firme

La firma conferma solo i fatti. Non costituisce ammissione di responsabilità.

Veicolo A

Veicolo B